

# 25

# AÑOS ACHED

Asociación Chilena  
para el Estudio del Dolor



12 al 14 de noviembre de 2015, Santiago-Chile, Hotel & Convention Center Sheraton Santiago

## Trabajos Libres Originales

### **01. Creación Experimental de Puntos Gatillo Miofasciales en Ratones**

*Mayoral O, Margalef R, Sisquella M, Bosque M, Romeu C, Monterde S, Priego M, Ortiz N, Tomás J, Santafe MM. Unidad de Terapia Física. Hospital Provincial de Toledo. Toledo. España.*

**Introducción:** Una anormal liberación de acetilcolina (ACh) en la hendidura sináptica parece ser responsable del aumento localizado en el diámetro de las fibras musculares situadas por debajo de la sinapsis neuromuscular. Son los llamados “nudos de contracción”; y la existencia de un número suficiente de ellos se considera un punto gatillo miofascial identificable por palpación y electromiografía en los seres humanos.

**Objetivos:** Evaluar si el aumento de la acetilcolina en la hendidura sináptica en los músculos de ratones genera nudos de contracción comparables a los descritos en los seres humanos.

**Metodología:** Se aumentó la ACh en la hendidura sináptica con el anticolinesterásico neostigmina, tanto in vivo como en muestras ex vivo. Para los experimentos in vivo, la neostigmina se inyectó por vía subcutánea en ratones Swiss machos adultos. Estudio electrofisiológico: se utilizaron los músculos levator auris longus (LAL) y el diafragma. Se realizaron registros intracelulares para evaluar la liberación espontánea de ACh. Además, se evaluó el ruido de placa con un electromiógrafo. Experimentos morfológicos: se evaluó la morfología de los contactos sinápticos con  $\alpha$ -bungarotoxina rodaminada en el músculo LAL. Por otra parte, la presencia de glicosaminoglicanos (GAGs) se evaluó con la técnica de PAS-Alcian.

**Resultados:** Estudio de electrofisiológico: Cuando se aplica por vía subcutánea neostigmina (in vivo, in toto): liberación espontánea ACh se incrementó más fuertemente en el músculo LAL que en el diafragma. Cuando se añadió la neostigmina en el baño de la cámara de registro (ex vivo), la liberación espontánea ACh se incrementó moderadamente en el músculo LAL y fuertemente en el diafragma. También se incrementó el ruido de placa. Experimentos morfológicos: Con  $\alpha$ -bungarotoxina rodaminada observamos abundantes contactos sinápticos contracturados. Con la técnica de PAS-Alcian hemos obtenido imágenes de nodos de contracción ricos en GAG.

**Conclusiones:** Los ratones tratados con una sola inyección subcutánea de neostigmina pueden ser un buen modelo para el estudio de los puntos gatillo miofasciales, ya que mostraron un aumento en la liberación de ACh espontánea, ruido de placa y nudos de contracción.

**Palabras Clave:** síndrome dolor miofascial, sinapsis neuromuscular, ratones.

### **02. Eficacia de la Punción Seca Profunda en Cervicalgia Inespecífica. Ensayo Clínico Controlado Aleatorio con Enmascaramiento de las Variables Resultado**

*Cerezo-Téllez E, Torres-Lacomba M, Mayoral-del-Moral O, Fuentes-Gallardo I, Pérez-Muñoz M, Prieto-Valiente L. Hospital General de Toledo. Castilla La Mancha. Universidad de Castilla La Mancha. Toledo. España.*

**Introducción:** La queja de dolor cervical es muy común entre los sujetos que acuden a los centros de salud. Estos pacientes son a menudo diagnosticados con cervicalgia crónica inespecífica. Este dolor puede estar causado por puntos gatillo miofasciales. El objetivo de este ensayo clínico es evaluar la efectividad de la punción seca profunda, realizada sobre los Puntos Gatillo Miofasciales en pacientes con cervicalgia crónica inespecífica.

**Objetivos:** El objetivo de este ensayo clínico es evaluar la efectividad de la punción seca profunda realizada sobre los Puntos Gatillo Miofasciales en pacientes con cervicalgia crónica inespecífica.

**Metodología:** Se realizó un ensayo clínico aleatorio con enmascaramiento de la variable principal. 130 sujetos que presentaban dolor cervical crónico inespecífico y puntos gatillo miofasciales en la musculatura cervical se aleatorizaron en dos grupos: punción seca profunda más estiramiento (65 sujetos) y estiramiento sólo (65 sujetos). Se realizaron 4 sesiones durante 2 semanas en el Centro de Salud Público Juan de Austria en Alcalá de Henares (Madrid), por parte del grupo de investigación Fisioterapia en los Procesos de Salud de la Mujer. La variable resultado primaria fue la intensidad de dolor subjetivo cuantificada mediante la Escala Visual Analógica (EVA). Las variables secundarias fueron la hiperalgesia medida mediante el umbral de dolor a la presión (UDP), cuantificado mediante algómetro de presión, el rango de movimiento (ROM) activo medido con el goniómetro “Cervical Range of Motion” (CROM), la fuerza muscular medida con dinamómetro digital, la función cervical cuantificada mediante el Índice de Discapacidad Cervical (IDC) y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), cuantificada mediante el cuestionario SF-36. El análisis estadístico se realizó mediante el programa STATA versión 12 y R. versión 3. Se calcularon los estadísticos descriptivos para describir los datos basales. Se utilizó el test T de Student para analizar las diferencias entre ambos grupos en la valoración fisioterapéutica basal, en el caso de las variables: edad, índice de masa corporal y los datos basales sobre dolor, ROM activo, UDP, fuerza; IDC y CVRS. Se aplicó la ANOVA de dos vías o diseño factorial con dos o más factores para analizar las medidas en el seguimiento de las variables a lo largo del tiempo de las diferentes variables (dolor, UDP, ROM, fuerza, IDC y CVRS). Los test de Bonferroni y de Dunn se usaron para realizar comparaciones múltiples de dichas variables. Para evaluar los posibles efectos confusores, se realizaron

regresiones lineares. Todos los datos se recogieron en la valoración inicial, tras dos sesiones de tratamiento, tras finalizar la intervención, a los 15,30, 90 y 180 días tras el último tratamiento.

**Resultados:** 128 participantes, 64 de cada grupo finalizaron la intervención. Las diferencias encontradas fueron extremadamente significativas a favor del grupo de punción seca en cuanto a dolor subjetivo medido con la EVA, hiperalgesia, rango de movimiento, fuerza, discapacidad y calidad de vida.

**Conclusiones:** La punción seca profunda y el estiramiento pasivo parecen ser más efectivos que el estiramiento como técnica aislada. Los efectos se mantienen a medio y largo plazo. Los resultados apoyan el uso de la PSP como técnica de elección en el abordaje del síndrome de dolor miofascial en pacientes que padecen dolor crónico cervical inespecífico. DOI 10.1186/ISRCTN22726482.

**Palabras Clave:** myofascial pain syndromes, physical therapy, neck pain.

### **O3. Prevalencia del Síndrome de Dolor Miofascial en Cervicalgia Crónica Inespecífica. Estudio Descriptivo Transversal**

*Cerezo-Téllez E, Torres-Lacomba M, Mayoral-del-Moral O, Sánchez-Sánchez B, Dommerholt J, Prieto-Valiente L. Hospital General de Toledo. Castilla La Mancha, Universidad de Castilla La Mancha. Toledo. España.*

**Introducción:** El dolor crónico inespecífico es una causa frecuente de queja por parte de los pacientes. Este problema es un problema médico y socioeconómico que a menudo cursa con baja laboral. En los últimos años, varios estudios sobre Síndrome de Dolor Miofascial (SDM) vienen apareciendo en pacientes que padecen dolor. El SDM es un síndrome de dolor regional que se caracteriza por la presencia de Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) en bandas tensas palpables del músculo esquelético y que refieren dolor característico a distancia, pudiendo causar efectos motores y autonómicos.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es valorar la prevalencia de los PGMs activos y latentes de aquellos sujetos diagnosticados de cervicalgia crónica inespecífica.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo en tres centros de atención primaria del SERMAS en Alcalá de Henares, Madrid (Spain). Entre enero de 2012 y Diciembre de 2014, 224 participantes diagnosticados por su médico de familia de Cervicalgia crónica inespecífica fueron examinados por un fisioterapeuta para determinar la presencia de SDM. Las descripciones del dolor de los sujetos y los diagramas de dolor corporal guiaron el examen físico. Los sujetos no recibían ninguna información previa sobre el SDM o ningún otro síndrome de dolor muscular.

**Resultados:** Todos los participantes presentaron SDM. Los PGM del músculo trapecio fueron los más prevalentes, apareciendo en el 93,75% de los participantes. El PGM activo más prevalente fue el localizado en el trapecio superior derecho e izquierdo (82,1% y 79%, respectivamente) en la zona de las fibras más horizontalizadas, a nivel central de éstas. Además, los PGM activos del elevador de la escápula, multifidos y esplenios cervicales alcanzaron una

prevalencia de 82,14%, 77,68%, y 62,5%, respectivamente.

**Conclusiones:** El SDM es una fuente frecuente de dolor en sujetos que presentan cervicalgia crónica inespecífica.

**Palabras Clave:** myofascial pain syndromes, prevalence, neck pain.

### **O4. Efecto de la Punción Seca Profunda de Puntos Gatillo Miofasciales Latentes sobre el Tono Muscular de Sujetos Asintomáticos. Estudio Piloto de Miotonometría**

*Bravo E, Ortiz M, Jiménez C, Serrano D, Mayoral O, Herrero P, Gómez J. Universidad de Castilla La Mancha. Universidad San Jorge. España.*

**Introducción:** La miotonometría es una herramienta de evaluación que ofrece información relacionada con el tono muscular, a través de parámetros como la frecuencia de oscilación del tejido, la elasticidad y la rigidez que ofrece el músculo a ser deformado.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio consiste en determinar el efecto de la punción seca profunda del punto gatillo miofascial (PGM) 1 latente del sóleo sobre los parámetros de rigidez, frecuencia y decremento revelados en la miotonometría de la banda tensa.

**Metodología:** Ensayo clínico aleatorizado de dos ramas doble ciego realizado en voluntarios sanos. Los sujetos recibieron la técnica de punción seca profunda (PSP) en el PGM 1 latente del sóleo (n=9) o en una zona adyacente situada a 1 cm de distancia y dentro de la banda tensa de dicho punto (n=5). Un fisioterapeuta con elevada experiencia y entrenado en la localización y tratamiento de PGMs localizaba y marcaba ambas zonas. Las mediciones con el miotonómetro se realizaron en ambas zonas antes y después de la intervención, registrando datos de frecuencia, rigidez y decremento. Tras realizar las pruebas de normalidad, se emplearon test paramétricos para dos muestras relacionadas y para establecer las comparaciones entre los dos grupos.

**Resultados:** La comparación entre los grupos del estudio no reveló diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables antes o después del tratamiento. Si bien, únicamente el grupo que recibió PSP en el PGM mostró una disminución en las variables de frecuencia y de rigidez (p=0,028, p=0,031; respectivamente) tras la sesión de tratamiento, aunque el decremento no mostró modificaciones estadísticamente significativas. El grupo que recibió la PSP en la banda tensa adyacente no evidenció ningún cambio tras la intervención en ninguna de las variables valoradas (frecuencia, rigidez o decremento).

**Conclusiones:** La técnica de PSP sobre el PGM latente, pero no sobre el punto adyacente, registra cambios en la miotonometría, evidenciándose una disminución en la frecuencia de oscilación del tejido y en la rigidez del músculo. Estos datos podrían reflejar cambios específicos sobre el componente mecánico del tono. Por otro lado, no se encontraron modificaciones en el resto de la banda tensa, lo que podría indicar un efecto local de la PSP o una falta de sensibilidad en la herramienta de medida utilizada. Será necesario realizar futuros trabajos donde se relacionen medidas validadas del tono muscular (electromiografía y

dinamometría de isocinéticos) con la miotonometría que permitan caracterizar y determinar los mecanismos de actuación y el efecto de la PSP sobre el tono muscular.

**Palabras Clave:** punto gatillo miofascial, miotonometría, tono muscular.

### 05. Efecto Hipoestésico de la Crioterapia Segmentaria en Extremidades. Resultados Preliminares

*Herrera F, Moya R, Robredo C, Robredo JC.*

*Escuela de Kinesiología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

**Introducción:** La crioterapia consiste en la aplicación de frío con un fin terapéutico, cuyos efectos hipoestésicos han sido atribuidos a cambios evidenciables en la electrofisiología neuromuscular, relacionado a la disminución local de la temperatura cutánea, la cual provoca un retraso en la apertura y en el cierre de los canales de sodio, produciendo un enlentecimiento del gradiente electroquímico en la despolarización de las fibras nerviosas y/o musculares, lo que se traduce en una reducción de la velocidad de conducción nerviosa del axón. En este estudio se evalúan las consecuencias clínicas que la aplicación de crioterapia segmentaria produjo en el territorio nervioso de las extremidades, que está relacionado con el nivel paravertebral intervenido.

**Objetivos:** Determinar los cambios de sensibilidad a la presión en las extremidades inferiores, según el dermatoma correspondiente luego de la aplicación de criomasaaje paravertebral a nivel L3-L4 en sujetos sanos entre 18 y 25 años de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en el año 2015. Comparar la cantidad de presión soportada en las extremidades inferiores según el dermatoma correspondiente antes de la intervención y después de la intervención con criomasaaje paravertebral a nivel L3-L4 en el grupo experimental y control de sujetos sanos entre 18 y 25 años de la facultad de Medicina de la Universidad de Chile en el año 2015.

**Metodología:** Este estudio es de tipo experimental longitudinal. Los criterios de inclusión son: sujetos sean sanos, entre 18 y 25 años y que sean estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. A su vez, los criterios de exclusión fueron padecimiento diabetes, estado de embarazo y la presencia de trastornos vasculares y/o traumas músculo esqueléticos. Los sujetos se dividieron en dos grupos de n=15; uno experimental y otro control con igual proporción de hombres y mujeres entre ellos. Para la medición del umbral de presión se utilizó un algómetro HF-500. Este instrumento posee una superficie de goma de 1,1 cm de diámetro, con el que se ejerce presión sobre un punto a nivel de la cara anterior de muslo. La unidad de medición de esta variable se realizó en Newtons [N]. Para la intervención, se utilizó criomasaaje durante 10 minutos en la raíz (L3-L4) y se realizó la medición de la presión en el dermatoma correspondiente, a nivel de la cara anterior de muslo. Los sujetos del grupo experimental (A) y control (B) se determinó mediante la palpación la posición de las vértebras L3 – L4 en ambos grupos de sujetos en posición bípeda. Posteriormente a ambos grupos de sujetos, en posición supina, se procedió a medir el umbral de presión

en el vientre muscular de recto femoral izquierdo mediante un algómetro de presión, la cual será a tolerancia del sujeto. Para continuar, se realizará criomasaaje en la marca correspondiente a las vértebras L3 – L4 con una duración de 10 minutos. Finalmente, se procedió a medir el nuevo umbral de presión (UDP), con el algómetro por parte del mismo investigador. Las mediciones se llevaron a cabo para el grupo A antes, inmediatamente después de la intervención y luego de 10 min. para el grupo B bajo el mismo protocolo, pero sin la intervención de crioterapia.

**Resultados:** El Umbral de Presión del grupo control tendió a aumentar, posiblemente producto de algún nivel de sensibilización atribuible al proceso de medición con el algómetro. En el grupo experimental, el Umbral de Presión inmediatamente posterior a la aplicación del crioterapia segmentaria, aumentó, presentando diferencias estadísticamente significativas respecto de la condición inicial. En el grupo experimental, el Umbral de Presión después de 10 minutos posterior a la aplicación del crioterapia segmentaria, se mantuvo en niveles altos, con diferencias estadísticamente significativas respecto de la condición inicial.

**Conclusiones:** Hasta el momento, los resultados muestran que la intervención con criomasaaje paravertebral produce un aumento del Umbral de Presión a nivel de muslo, respecto de la condición inicial pre intervención. El criomasaaje a nivel paravertebral tiende a mantener sus efectos hipoestésicos expresados en el Umbral de Presión, sobre la cara anterior de muslo, después de 10 minutos de ser aplicados. El grupo control tiende a disminuir su Umbral de Presión en todas las mediciones.

**Palabras Clave:** crioterapia segmentaria, efecto hipoestésico, umbral de presión.

### 06. Evaluación de la Disminución del Dolor en Pacientes Artrósicos Tratados en el Policlínico de Osteomuscular del CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito durante el Primer Semestre del Año 2014: Un Estudio Retrospectivo.

*Fontecilla C, Contreras D, Marín N, Rodríguez A.*

*CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito. San Felipe. Chile.*

**Introducción:** La artrosis es una enfermedad crónica y de alta prevalencia a nivel mundial. En Chile es considerada un problema de salud pública, donde lidera como motivo de consulta por dolor crónico en Atención Primaria. Es por ello que en el CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito se implementó un Policlínico de Atención Osteomuscular (PAO), con el fin de hacer un seguimiento a estos pacientes y disminuir sus dolencias.

**Objetivos:** Evaluar la intensidad del dolor en pacientes artrósicos ingresados durante el primer semestre del año 2014 y evaluados luego de al menos 3 meses.

**Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo mediante el análisis de fichas clínicas de los pacientes que ingresaron al PAO durante el primer semestre del año 2014. Se incluyeron en el estudio los pacientes que fueron evaluados luego de al menos 3 meses desde el ingreso, cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y firmaron el consentimiento informado. Para evaluar la intensidad del dolor se utilizó la escala visual análoga (EVA).

**Resultados:** Se evaluaron 29 pacientes. No hubo una tendencia homogénea con respecto al cambio en la intensidad del dolor, algunos disminuyen, mantienen o aumentan su dolor. Globalmente, hubo disminución de la intensidad del dolor al comparar los pacientes al ingreso y al control, con un promedio EVA de 7,17 a 6,75 ( $p=0,147$ ). Al análisis por subgrupos hubo una disminución del dolor estadísticamente significativa ( $p=0,0135$ ) en los pacientes que asistieron al Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) por su patología.

**Conclusiones:** No hubo disminución estadísticamente significativa del dolor en todos los pacientes. Asistir a una terapia kinésica contribuye de manera positiva a la disminución del dolor, por lo que es importante potenciar esta área y educar a profesionales y pacientes sobre su importancia. Este antecedente abre las puertas a la realización de estudios posteriores con enfoque prospectivo para profundizar en la evidencia.

**Palabras Clave:** artrosis, dolor crónico, atención primaria.

#### **O7. Programa de Intervención Integral en Fibromialgia**

*Cid ML, Zaninovic D, Carrasco L, Palominos J.*

*Unidad de Dolor Hospital Militar de Santiago. Santiago. Chile.*

**Introducción:** La fibromialgia es una enfermedad de curso crónico, benigno, cuya etiología aun está en discusión, probablemente causada por una alteración del procesamiento del dolor a nivel central. Pero al igual que otras enfermedades crónicas, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociológicos, que afectan la calidad de vida de los pacientes. Por este motivo, su enfrentamiento debería ser multidisciplinario, tanto farmacológico como no farmacológico (ejercicio físico e intervención psicológica) y de corta duración, para optimizar además la adherencia de nuestros pacientes.

**Objetivos:** Entregar tratamiento multidisciplinario integral a pacientes con fibromialgia de la Unidad de Dolor, con el propósito de mejorar su calidad de vida, a través de intervenciones breves, farmacológica y no farmacológica, con énfasis en la psico-educación, fomento de actividad física y relajación.

**Metodología:** Evaluación médica de los pacientes por médico de la Unidad de Dolor para indicación farmacológica, ingreso a Programa de Fibromialgia, con sesiones de psicología (5 sesiones), kinesiología/ejercicios (5 sesiones) y terapia ocupacional (2 sesiones), más taller de fibromialgia expositivo, para pacientes y familiares (2 sesiones). Evaluación de calidad de vida al ingreso y al completar programa con FIQ y SF-36.

**Resultados:** Pacientes ingresados desde 2013 a la fecha: 56 pacientes, 91% mujeres, 63% dueñas de casa. 100% con dolor más otro síntoma. 100% con dolor mayor a 1 año. 47% dolor más de 6 años. 44% con diagnóstico de fibromialgia de más de 3 años al ingreso al programa. EVA ingreso 7,1, post programa 3,7.

FIQ: días sin dolor/semana: 2,7 ingreso, 5,9 post programa. Ausencia trabajo o actividades domésticas por dolor: 3,8 días ingreso, 0,5 días post programa.

SF 36: dolor corporal severo al ingreso, poco o moderado

post programa. Interferencia de dolor en AVD: bastante/mucho al ingreso, ninguna o poco postprograma.

**Conclusiones:** creemos que un manejo integral, que ayude al manejo y conocimiento del paciente hacia su enfermedad, más apoyo farmacológico y del equipo de fibromialgia logran una importante mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes. Nuestro desafío ahora es lograr mantener estos resultados a través del tiempo.

**Palabras Clave:** fibromialgia, multidisciplinario, psicología.

#### **O8. Enfoque Psicoterapéutico Integrativo Multidimensional e Intervenciones Mente-Cuerpo en el Manejo del Dolor Crónico: Un Paso más Allá de la Terapia Cognitivo-Conductual. Propuesta de un Modelo Integrativo para el Manejo del Dolor Crónico en una Unidad**

*Cornejo JP, Barros P, Miranda JP, Arriagada MP.*

*Unidad de Dolor HCUCH. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile.*

**Introducción:** El dolor crónico es un síndrome presente en muchas enfermedades crónicas, se acompaña de fenómenos de sensibilización central y frecuentemente de síntomas de angustia, depresión, alteraciones del sueño, fatiga, fallas en la concentración, atención y en disminución de las actividades de la vida diaria. El tratamiento del dolor crónico debiese ser multimodal, donde la psicoterapia tiene un rol importante. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz en el manejo del dolor, pero su efecto es limitado y no considera el trabajo en el foco corporal ni relacional interpersonal, sistémico.

**Objetivos:** Proponer un modelo de intervención en el manejo del dolor crónico fundamentado en el enfoque psicoterapéutico integrativo multidimensional de Erskine y Corsi en conjunto con intervenciones mente-cuerpo.

**Metodología:** Construcción de un modelo de intervención integrativo multidimensional que aborda elementos cognitivos, conductuales, relacionales, dinámicos y sistémicos en un contexto individual, familiar y social, permitiendo una visión holística del problema del paciente, en conjunto con las intervenciones mente-cuerpo que trabajan en el cambio de la vivencia corporal en el aquí y ahora y entrega herramientas de autogestión para el cambio de la percepción dolorosa que el paciente puede desarrollar fuera del setting terapéutico.

**Resultados:** Se presenta modelo propuesto y se inician intervenciones piloto en pacientes de la Unidad de Dolor Crónico del HCUCH en formato individual y grupal.

**Conclusiones:** Al unir ambas estrategias de intervención; integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo el tratamiento y manejo de dolor crónico se haría más eficaz. Lo que preliminarmente se ha evidenciado cualitativamente en los pacientes que han sido manejados con este enfoque terapéutico.

**Palabras Clave:** psicoterapia integrativa multidimensional, mente-cuerpo, dolor crónico.

### O9. Trastorno por Uso de Opiáceos de Prescripción Médica y su Relación con la Práctica Clínica

Rolle A, Herrera S, Maldonado A, Babul M.  
Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina. Santiago. Chile.

**Introducción:** Los opiáceos de prescripción médica son un grupo de medicamentos utilizados principalmente para el manejo del dolor, destacando el Tramadol como principal opiáceo de formulación oral en Chile utilizado para este fin. Durante las últimas dos décadas ha aumentado en forma considerable la prescripción de opiáceos por parte de los médicos y esto se asocia a un aumento de la prevalencia de trastorno por uso de opiáceos de prescripción médica. Resulta fundamental a la hora de indicar un opiáceo considerar los factores de riesgo del paciente y realizar un seguimiento exhaustivo de su uso con el objetivo de evitar y/o pesquisar precozmente el trastorno por uso de opiáceos.

**Objetivos:** Plantear criterios relevantes a la práctica clínica para pesquisa precoz de pacientes en riesgo de trastorno por uso de opiáceos.

**Metodología:** Revisión de literatura relacionada a trastorno por uso de opiáceos de prescripción médica.

**Resultados:** Existen actualmente criterios clínicos correlacionados con patología por trastorno por uso de opiáceos de prescripción médica. Según estadísticas a nivel mundial, este trastorno corresponde a una patología relevante en cuanto a incidencia y costos asociados.

**Conclusiones:** El trastorno por uso de opiáceos constituye un problema de salud pública a nivel mundial y conlleva múltiples consecuencias deletéreas, tanto para los pacientes que lo presentan como para la población general. Como médicos debemos estar conscientes de que este aumento en la prevalencia se ha visto relacionado estrechamente al aumento de prescripciones médicas de estos fármacos.

Es de suma relevancia asesorar la presencia de un uso diferente al indicado o que constituya criterios para un trastorno por uso de opiáceos en todos los pacientes que utilizan estos fármacos y sobre todo en aquéllos que presentan factores de riesgo; asimismo, considerar estos últimos en la decisión de iniciar un tratamiento con opiáceos. Es necesario contar con estudios de prevalencia de trastorno por uso de opiáceos y de las consecuencias que esto provoca en nuestro país, ya que puede constituir un problema que esté siendo escasamente diagnosticado y tratado.

**Palabras Clave:** opiáceos, adicción, trastorno por uso.

### O10. Dolor Crónico no Oncológico en Adultos Mayores de 65 Años en CESFAM Llay-Llay.

Contreras M (1), Contreras J (1), Brunet J (1), Miranda JP (2).  
(1) Interno de Medicina. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile  
(2) Médico. Medicina Interna. Profesor Asistente. Departamento Medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago. Chile.

**Introducción:** El Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) es un problema frecuentemente enfrentado en consultas de atención primaria en salud. Se ha documentado que su prevalencia aumenta a medida que envejece la población.

Constituye una causa importante de morbilidad y deterioro en la calidad de vida de quienes lo padecen, lo que genera altos costos económicos para el sistema de salud. En nuestro país no está evaluado este problema en atención rural de salud.

**Objetivos:** Realizar una descripción epidemiológica del DCNC en adultos mayores beneficiarios del Centro de Salud Familiar de Llay-Llay.

**Metodología:** Se aplicó un cuestionario en base a la Encuesta Chilena de Dolor Crónico No Oncológico, a 45 pacientes mayores de 65 años, que consultaron de forma espontánea en el policlínico de morbilidad de Centro de Salud Familiar de Llay-Llay durante los meses de enero y febrero de 2015.

**Resultados:** Se encontró una prevalencia 62% de DCNO en la población estudiada, con intensidad moderada a severa en un 46,4%, la frecuencia de dolor con mayor referencia fue diario 42,9%, la localización más frecuente fueron las rodillas 53,6%, las causas etiológicas más frecuentemente referidas fueron poliartrosis 64,3% y lumbago crónico 14,3%. Se refirió por un 89,3% de los pacientes haber consultado a médico por dolor en el último año. Se refirió una alta prevalencia de sintomatología afectiva en relación al dolor (>40%).

**Conclusiones:** El DCNO es un problema con alta prevalencia a nivel rural en personas mayores de 65 años, destaca una elevada etiología por poliartrosis, con percepción de deterioro de la calidad de vida. Es necesario proseguir con el estudio para sacar conclusiones definitivas.

**Palabras claves:** dolor crónico, adulto mayor, cuestionario.

### O11. Evaluación de Umbrales Dolorosos a la Presión en Músculos Masétero y/o Temporal en Pacientes con Dolor Miofascial en Propagación Según DC/TMD.

López G, Díaz MC, González Del Pino L, Casassus R.  
Facultad de Medicina. Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile.

**Introducción:** En el diagnóstico de patologías dolorosas musculoesqueléticas se utiliza de manera habitual la palpación muscular, sin embargo la presencia de falsos positivos es habitual. Lo anterior se debe la escasa información existente de los niveles de presión adecuados para obtener verdaderos positivos.

El presente estudio descriptivo, de corte transversal, tuvo como finalidad determinar los umbrales dolorosos a la presión en músculos masticatorios en sujetos con presencia de Trastornos Temporomandibulares de tipo muscular.

**Objetivos:** Objetivo general: Determinar UDP en pacientes con dolor miofascial con propagación en los músculos Masétero y Temporal, según DC/TMD. Objetivos específicos: Determinar UDP en el músculo Masétero, en pacientes con dolor miofascial con propagación según DC/TMD. Determinar umbrales de dolor a la presión en el músculo Temporal, en pacientes con dolor miofascial con propagación según DC/TMD.

Comparar UDP en músculos Masétero y Temporal entre hombres y mujeres. Determinar UDP en músculos Masétero y Temporal entre hombres y mujeres en relación al porcentaje de grasa corporal. Comparar resultados de UDP en músculos Masétero y Temporal con el Trapecio usado como músculo de control.

**Metodología:** Se sometieron al estudio 30 pacientes y alumnos de sexo femenino y masculino que se atendían en la Clínica de Odontología de la Universidad del Desarrollo de Santiago entre julio y septiembre de 2014. La población debía cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. La medición completa se ejecutó en una sesión clínica y consistía en la realización de ficha clínica, examen físico y uso de medidor de grasa corporal para determinar el porcentaje de grasa corporal, así como un algómetro de presión para cuantificar los umbrales dolorosos a la presión. La algometría se realizó 3 veces por músculo y se obtuvo promedio de estas mediciones. Todo esto fue posteriormente tabulado para realizar el análisis estadístico.

**Resultados:** Los resultados obtenidos indicaron que en la población estudiada el promedio del umbral del dolor a la presión en pacientes con dolor miofascial con propagación en músculos Masétero derecho fue 4,21 lbs/cm<sup>2</sup> y del Temporal derecho fue 4,95 lbs/cm<sup>2</sup>, el Masétero izquierdo fue de 4,01 lbs/cm<sup>2</sup> y el Temporal izquierdo 5,10 lbs/cm<sup>2</sup> en cuanto al género el promedio para hombres fue 5,57 lbs/cm<sup>2</sup> en Masétero derecho y 6,13 lbs/cm<sup>2</sup> para Temporal derecho, en el Masétero izquierdo fue 5,91 lbs/cm<sup>2</sup> y en el Temporal izquierdo 5,73 lbs/cm<sup>2</sup>; y para mujeres fue 3,72 lbs/cm<sup>2</sup> en Masétero derecho y 4,52 lbs/cm<sup>2</sup> para Temporal derecho, frente a 3,32 lbs/cm<sup>2</sup> del Masétero izquierdo y 4,87 lbs/cm<sup>2</sup> del Temporal izquierdo. El músculo Masétero presentó valores de umbral doloroso a la presión menores a los encontrados en el músculo Temporal.

Los valores para el grupo compuesto por 8 pacientes pertenecientes al valor de bajo porcentaje de grasa corporal registraron un máximo umbral promedio en el músculo Temporal izquierdo con 4,62 lbs/cm<sup>2</sup> al igual que el máximo valor registrado que fue 6,73 libras de presión y el mínimo valor promedio en el músculo Masétero izquierdo con 3,02 lbs/cm<sup>2</sup>, además de registrar el mínimo valor de 2 lbs/cm<sup>2</sup>. Los valores registrados en el grupo compuesto por 12 pacientes pertenecientes al valor normal de porcentaje de grasa corporal entregaron como músculo de mayor umbral doloroso promedio a la presión el Temporal izquierdo con 5,53 lbs/cm<sup>2</sup> y el de menor valor promedio fue el Masétero izquierdo que registró 3,93 lbs/cm<sup>2</sup>. El valor mínimo de presión fue registrado por el Masétero derecho con 2,63 lbs/cm<sup>2</sup> de presión frente al Temporal izquierdo que como máximo valor fue 10,1 lbs/cm<sup>2</sup>. Los valores registrados en el grupo de alto porcentaje de grasa corporal, constituido por 6 pacientes en el estudio entregó como máxima media al músculo Temporal derecho con 5,26 lbs/cm<sup>2</sup> de presión y la menor media fue registrada por el Temporal izquierdo con 4,2 lbs/cm<sup>2</sup>. El mínimo valor lo registró el Temporal izquierdo con un umbral de doloroso a la presión gatillado por 2,36 lbs/cm<sup>2</sup> de presión frente al Masétero izquierdo que registró un valor máximo de 8,6 lbs/cm<sup>2</sup>. Los valores registrados en el grupo de muy alto porcentaje de grasa corporal, constituido por 4 pacientes, entregó como músculo de mayor promedio umbral doloroso a la presión al Temporal izquierdo registrando 6,09 lbs/cm<sup>2</sup> de promedio y el Temporal izquierdo como el de menor promedio de umbral con 5,15 lbs/cm<sup>2</sup>. El valor máximo

fue registrado por el Masétero derecho con 8,56 lbs/cm<sup>2</sup> y el Masétero izquierdo como mínimo valor de 2,5 lbs/cm<sup>2</sup>.

**Conclusiones:** El valor promedio para músculo Masétero en pacientes con dolor miofascial con propagación según DC/TMD es de 4,21 lbs/cm<sup>2</sup> para derecho y 4,05 lbs/cm<sup>2</sup> para el izquierdo. El valor promedio para músculo Temporal en pacientes con dolor miofascial con propagación según DC/TMD es de 4,21 lbs/cm<sup>2</sup> para derecho y 4,05 lbs/cm<sup>2</sup> para el izquierdo. Existen diferencias estadísticamente significativas en el umbral doloroso a la presión entre hombres y mujeres en ambos músculos. A medida que aumenta porcentaje de grasa corporal aumenta el umbral doloroso a la presión en ambos sexos. El mayor umbral doloroso a la presión se presentó en hombres con muy alto porcentaje de grasa corporal.

**Palabras Clave:** umbrales dolorosos a la presión, trastornos temporomandibulares, algómetro.

#### **O12. Evaluación de Umbrales Dolorosos a la Presión en Músculos Masétero y Temporal En Pacientes Sin Patología Muscular**

*González Del Pino L, Díaz MC, Lopez G, Casassus R. Facultad de Medicina. Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile.*

**Introducción:** En el diagnóstico de patologías dolorosas musculoesqueléticas se utiliza de manera habitual la palpación muscular, sin embargo la presencia de falsos positivos es habitual. Lo anterior se debe la escasa información existente de los niveles de presión adecuados para obtener verdaderos positivos.

El presente estudio descriptivo, de corte transversal, tuvo como finalidad la determinar los umbrales dolorosos a la presión en músculos masticatorios en sujetos con ausencia de Trastornos Temporomandibulares.

**Objetivos:** Objetivo general: Determinar umbral doloroso a la presión en pacientes sanos en músculos Masétero y Temporal. Objetivos específicos: Determinar umbral doloroso a la presión en el músculo Masétero en pacientes sanos. Determinar umbral doloroso a la presión en el músculo Temporal en pacientes sanos. Comparar umbral doloroso a la presión en músculo Masétero entre hombres y mujeres. Comparar umbral doloroso a la presión en músculo Temporal entre hombres y mujeres. Determinar umbral doloroso a la presión en músculos Masétero y Temporal entre hombres y mujeres en relación al porcentaje de grasa corporal. Comparar resultados de umbral doloroso a la presión en músculos Masétero y Temporal con el músculo Trapecio como músculo control.

**Metodología:** Se sometieron al estudio 30 pacientes y alumnos de sexo femenino y masculino que se atendían en la Clínica de Odontología de la Universidad del Desarrollo de Santiago entre julio y septiembre de 2014. La población debía cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. La medición completa se ejecutó en una sesión clínica y consistía en la realización de ficha clínica, examen físico y uso de medidor de grasa corporal para determinar el porcentaje de grasa corporal, así como un algómetro de presión para cuantificar los umbrales dolorosos a la presión. La algometría se realizó 3 veces por músculo

y se obtuvo promedio de estas mediciones. Todo esto fue posteriormente tabulado para realizar el análisis estadístico.

**Resultados:** Los resultados indicaron que en la población estudiada el promedio de dolor a la presión en pacientes sanos en músculo Masétero derecho fue de 6,09 lbs/cm<sup>2</sup> y el izquierdo 5,53 lbs/cm<sup>2</sup>; para el Temporal derecho obtuvimos 7,01 lbs/cm<sup>2</sup> y para el izquierdo 6,88 lbs/cm<sup>2</sup>. En cuanto al género, el promedio para hombres fue de 6,78lbs/cm<sup>2</sup> para el Masétero derecho y 6,18 lbs/cm<sup>2</sup> en el izquierdo, mientras que para el Temporal derecho fue 7,06 lbs/cm<sup>2</sup> y para el izquierdo 7,33 lbs/cm<sup>2</sup>. Los resultados obtenidos para el genero femenino fueron de 5,63 lbs/cm<sup>2</sup> en Masétero derecho frente a 5,1 lbs/cm<sup>2</sup> para el izquierdo y el músculo Temporal derecho con 6,98 lbs/cm<sup>2</sup> contra 6,58 lbs/cm<sup>2</sup> del izquierdo. El músculo Masétero presentó valores de umbral doloroso a la presión menores a los encontrados en el músculo Temporal. Para el grupo de porcentaje de grasa corporal bajo compuesto por 4 pacientes encontramos que el máximo umbral fue registrado en el músculo Temporal izquierdo con 6,04 lbs/cm<sup>2</sup>, mientras que el máximo valor fue en el músculo Temporal derecho con 9,4 lbs/cm<sup>2</sup>, y el mínimo valor promedio en el músculo Masétero izquierdo con 3,93 lbs/cm<sup>2</sup>, además de registrar el mínimo valor de 3,2 lbs/cm. Los resultados obtenidos pertenecientes al grupo porcentaje de grasa corporal normal compuesto por 24 individuos entregan como músculo de mayor umbral doloroso promedio a la presión el músculo Temporal derecho con 7,07 lbs/cm<sup>2</sup>, y el menor valor promedio fue registrado por el músculo Masétero izquierdo con 5,72 lbs/cm<sup>2</sup>. El valor máximo registrado fue por el músculo Temporal derecho con 14,7 lbs/cm<sup>2</sup> y el mínimo por el músculo Masétero derecho con 3,3 lbs/cm<sup>2</sup>. Los valores registrados en el grupo de alto porcentaje de grasa corporal, constituido por 2 pacientes en el estudio entregó como máxima media al músculo Temporal izquierdo con 8,35 lbs/cm<sup>2</sup> de presión y la menor media fue registrada por el músculo Masétero izquierdo con 6,51 lbs/cm<sup>2</sup>. El mínimo valor lo registró el músculo Masétero izquierdo, con un umbral doloroso a la presión gatillado por 4,0 lbs/cm<sup>2</sup> de presión frente al músculo Masétero derecho, que registró un valor máximo de 12,2 lbs/cm<sup>2</sup>.

**Conclusiones:** Valor promedio de umbral doloroso a la presión de 6,09 lbs/cm<sup>2</sup> para Masétero derecho y de 5,53 lbs/cm<sup>2</sup> para el izquierdo. Valor promedio de umbral doloroso a la presión en músculo Temporal de 7,01 lbs/cm<sup>2</sup> para el derecho y de 6,88 lbs/cm<sup>2</sup> para el izquierdo. Existen diferencias estadísticamente significativas en el umbral doloroso a la presión entre hombres y mujeres en ambos músculos. A medida que aumenta porcentaje de grasa corporal aumenta el umbral doloroso a la presión en ambos sexos. El mayor umbral doloroso a la presión se presentó en hombres con alto porcentaje de grasa corporal.

**Palabras Clave:** umbrales dolorosos a la presión, trastornos temporomandibulares, algómetro.

### **O13. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Pacientes que Asisten a la Clínica Docente Asistencial del Magister de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de La Universidad del Desarrollo.**

*Lillo R, Cassasus R.*

*Facultad de Medicina. Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile.*

**Introducción:** El presente estudio descriptivo observacional de corte transversal tuvo como finalidad establecer la proporción de pacientes de la Clínica Docente Asistencial del Magister de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo, que presentaban síntomas de ansiedad y depresión. Para esto se utilizó una muestra por conveniencia con criterios de inclusión y exclusión, la cual fue determinada por todos aquellos pacientes de ambos géneros mayores de 18 años que recibieron atención en el Magister de Trastornos entre el mes de agosto y septiembre de 2015, resultando en un N de 46 individuos. A los 46 individuos de este estudio que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión se les realizó encuestas mediante 2 escalas, la escala de PEG y la escala de HADS, ambas fueron aplicadas mediante una ficha electrónica por los estudiantes del Magister.

HADS (hospital, anxiety and depression scale) corresponde a una escala que permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria

PEG (pain, enjoyment of life and general activity) es una escala ultra breve de medición del dolor y discapacidad. Este test mide tres variables: intensidad del dolor promedio en la última semana, interferencia que produjo este dolor en el disfrute de la vida e interferencia que produjo este dolor en las actividades generales. Los resultados obtenidos se registraron en Excel para obtener las proporciones y gráficos correspondientes. Los resultados obtenidos indicaron que del total de 46 pacientes que asistieron a la Clínica Docente Asistencial del Magister de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial se obtuvo que el 30% presentó síntomas de ansiedad y que el 9% presentó síntomas de depresión.

**Objetivos:** Orientar al odontólogo especialista en Trastornos Temporomandibulares en la terapéutica multidisciplinaria de los pacientes. La información recopilada serviría como respaldo para establecer la proporción de pacientes con síntomas de ansiedad y depresión y cómo éstas se relacionan con el dolor

**Metodología:** La población que se utilizó comprendió todos aquellos pacientes de la Clínica de la Universidad del Desarrollo que asistieron al Magister de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial desde el comienzo del mes de agosto hasta finales del mes de septiembre. Los Test fueron tomados los días jueves entre las 9:00 y las 17:00 horas. Se incluyeron todos aquellos pacientes que tuvieron 18 o más años de edad y de ambos sexos. Se utilizó muestra por conveniencia, es decir todo el espectro de pacientes que asistió entre el 1ero de agosto y el 30 de septiembre. Criterios Inclusión: Pacientes que asistieron al Magister de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial en la Universidad del Desarrollo, pacientes de 18 o más años de edad, pacientes que accedieron voluntariamente a participar del estudio.

Pacientes de ambos sexos. Criterios de exclusión: pacientes que no consintieron participar en el estudio, pacientes que no estuvieron ubicados temporoespacialmente. Pacientes diagnosticados con enfermedades psiquiátricas, pacientes menores de 18 años de edad. La muestra se estableció en un mínimo de 30 pacientes. Se evaluaron Definición de Variables Conceptuales: 6.7.1. Ansiedad: Sensación de nerviosismo y desasosiego que surge en respuesta a amenazas y exigencias para la adaptación (Hernández et al., 2005). 6.7.2. Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. 6.7.3. Intensidad del Dolor: Grado de fuerza con que se manifiesta el dolor, el cual es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño actual o potencial de los tejidos o descrita en términos de tal daño. 6.7.4. Interferencia Disfrute de la Vida: El disfrute de la vida es la habilidad para interpretar una experiencia agradable o desagradable por la cual un individuo pasa dentro de su consciente existencia. La interferencia que produce el dolor en esta habilidad previamente mencionada completa la definición de esta variable. 6.7.5. Interferencia Actividades Generales: La actividades generales son rutinarios accionamientos con fines a la resolución de la cotidianidad. La interferencia que produce el dolor en estos rutinarios accionamientos previamente mencionados completa la definición de esta variable. 6.8. Definición de Variables Operacionales: 6.8.1. Ansiedad Dicotómico: Variable cualitativa dicotómica la cual se midió mediante la escala de HADS (Herrmann, 1997) (CASTRESANA, Pérez, & de Rivera, 1995). Valores obtenidos: > 10 se interpretaron como presencia de síntomas ansiosos y valores obtenidos 10 se interpretaron como presencia de síntomas depresivos y valores obtenidos 0 se interpretaron como presencia de dolor y valores obtenidos 0 se interpretaron como presencia de algún grado de interferencia en el disfrute de la vida y valores obtenidos 0 se interpretaron como presencia de algún grado de interferencia en las actividades generales y valores obtenidos.

**Resultados:** Se encuestaron 46 pacientes de la Clínica Docente Asistencial de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, quienes cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales el 5 fueron hombres y 41 fueron mujeres. Del total de pacientes que asistieron a la Clínica Docente Asistencial de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, 14 de 40 pacientes presentaron síntomas de ansiedad y 4 de 40 pacientes presentaron síntomas de depresión. A su vez, estas cantidades corresponden en su totalidad a mujeres, ya que los hombres no presentaron síntomas de ansiedad ni de depresión. De los 40 pacientes que tenían dolor, 14 presentaron síntomas de ansiedad y 4 presentaron síntomas de depresión. Del total de 41 de las mujeres, 14 presentaron síntomas de ansiedad y 4 presentaron síntomas de depresión. No hubo hombres que presentaron síntomas de ansiedad ni tampoco de depresión. 14 pacientes presentaron ansiedad, 7 son borderline y 25 estuvieron dentro de los rangos normales. Para la variable Depresión Ordinal, de los 46 individuos, 4 presentaron depresión, 5 fue borderline y 37 estuvieron dentro de los rangos normales. Los resultados de la escala PEG para el

universo de pacientes que presentó dolor: PEG score 3,6, Intensidad Dolor Promedio 4,75, Interferencia con AG 2,8, Interferencia con DV 3,4. Del total de 46 individuos, 40 presentaron algún grado de dolor. Del total de 40 individuos con dolor, 28 presentaron algún grado de interferencia en sus AG. Del total de 40 individuos con dolor, 30 presentaron algún grado de interferencia en su disfrute de la vida. Del total de 46 pacientes, 3 de los 5 hombres presentaron dolor y 37 de las 41 mujeres presentaron dolor.

**Conclusiones:** La proporción de pacientes de la Clínica docente Asistencial de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo que presentaban síntomas de ansiedad correspondió al 31%. La proporción de pacientes de la Clínica docente Asistencial de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo que presentaban síntomas de depresión correspondió al 9%. La proporción de pacientes de la Clínica docente Asistencial de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo que presentaban dolor correspondió al 87%. La proporción de pacientes de la Clínica docente Asistencial de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo que presentaban dolor y al mismo tiempo interferencia de las actividades generales correspondió al 70%. La proporción de pacientes de la Clínica docente Asistencial de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo que presentaban dolor y al mismo tiempo interferencia del Disfrute de la Vida correspondió al 75%. No se pudo determinar asociación entre los pacientes que presentaron síntomas de ansiedad y depresión y las variables del PEG, ya que la muestra de 46 individuos fue insuficiente. **Palabras Clave:** ansiedad, depresión, trastornos temporomandibulares.

#### **O14. Distribución Temporal del Consumo de Morfina en Post Operatorio, Análisis Piloto**

*Tellez V (1), Contreras M (1), Fuenzalida P (1), Silva F (1), Maldonado F (2).*

*(1) Interno de Medicina. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile*

*(2) Médico Anestesiólogo. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago. Chile.*

**Introducción:** El dolor post operatorio se considera el principal representante del dolor agudo por ser de inicio reciente, de duración limitada y como consecuencia de la estimulación nociceptiva de un acto quirúrgico. Su intensidad es máxima las primeras 24 horas y disminuye progresivamente.

El dolor post operatorio puede llegar a ser de gran magnitud hasta en un 40% de los pacientes. Asociado a un aumento de morbilidad y mortalidad post operatoria, conlleva una mayor estadía hospitalaria, mayores costos, menor satisfacción de los pacientes.

Evaluar y tratar el dolor es difícil de enfrentar, debido a la falta de objetividad del síntoma, introduciendo sesgos por parte de médicos en relación al individuo, el tipo de cirugía y el contexto ambiental. En esta línea, estudios han mostrado que cirugías catalogadas como de menor complejidad son

las que presentan una prevalencia de dolor post operatorio inesperadamente alto.

La dosis total del fármaco utilizado en el tiempo permite realizar comparaciones pero no da información sobre la **temporalidad del dolor**.

**Objetivos:** Objetivar mediante el consumo de morfina la distribución temporal del dolor post operatorio

Dada la falta de información precisa sobre el comportamiento del dolor en las primeras 24 horas, proponemos que la descripción temporal del consumo de morfina permite una mejor caracterización del dolor durante las primeras 24 horas de cirugía.

**Metodología:** Luego de aprobación por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se analizó el uso de morfina administrada por bomba PCA (Patient Controlled Infusion) durante el periodo agosto a octubre de 2015. Se tabuló la demanda de morfina y el consumo horario por las primeras 24 horas. Se realizó un gráfico temporal del consumo y demanda de morfina en Excel (Microsoft 2015) para cada tipo de cirugía. Además, se analizó el promedio de morfina total  $\pm$  SD y por grupos.

**Resultados:** El análisis visual de la distribución temporal del consumo de morfina demuestra una mayor demanda y consumo de morfina durante las primeras 6 horas y luego recurre a las 18 horas post cirugía. Pudimos observar que la intervención puntual de morfina intratecal en cirugías de columna disminuye de manera importante la demanda y consumo de morfina endovenosa. En un solo caso la entrega de morfina sobrepasa los 5 mg/Hr. El consumo de morfina promedio en estas cirugías es de  $11.6 \pm 11$  mg de morfina ( $0,16 \pm 0,16$  mg/Kg) en 24 solo. Las cirugías con mayor consumo de morfina son fijaciones de columna (27 mg en 24 solo) cuando no se usa morfina intratecal y cirugías de Bypass gástrico (21 mg en 24 Hrs).

**Conclusiones:** La distribución del consumo horario en el tiempo y el análisis visual de su comportamiento aporta información complementaria importante sobre el comportamiento del dolor post operatorio. Existe una distribución bimodal en el consumo de morfina durante las primeras 24 horas. Este análisis piloto nos permitirá objetivar el dolor en distintos tipos de cirugías, su comportamiento temporal y permitirá implementar estrategias en periodos específicos del post operatorio.

**Palabras Clave:** morfina, dolor postoperatorio, patient controlled infusion.

### **O15. Terapia Multimodal en la Fatiga Oncológica: Estudio Prospectivo, Doble Ciego, con Asignación Aleatoria Fase 3.**

*Schiappacasse G, González P.*

*Clinica Ciudad del Mar. Centromed. CEMIN. Viña del Mar. Chile.*

**Introducción:** El cansancio es uno de los síntomas más frecuentes y contribuye al deterioro de la calidad de vida en el paciente oncológico. Pese a ello, en la actualidad no se cuenta con ningún tratamiento de referencia.

**Objetivos:** Nuestro objetivo consistió en investigar la eficacia de un tratamiento multimodal (basado en estrategias no farmacológicas tipo programa de ejercicio aeróbico y técnicas de relajación estandarizadas; más uso de tratamiento farmacológico

con dexametasona) frente a un tratamiento farmacológico con dexametasona (terapia unimodal) en el tratamiento del cansancio oncológico en el entorno de enfermedad avanzada, planteando como hipótesis alterna que es más beneficioso el uso de una terapia multimodal que unimodal.

**Metodología:** Entre los años 2012 y 2014, en la V región de Chile, se realizó un estudio prospectivo y doble ciego, con asignación aleatoria 1:1 de 150 pacientes de entre 20 y 80 años de edad con neoplasias avanzadas a un tratamiento multimodal (brazo A) versus terapia unimodal (brazo B). Al mes de tratamiento se evaluaron síntomas de fatiga mediante instrumento Escala Visual Análoga (end points primario). Como end points secundarios, al mes de tratamiento se evaluaron síntomas de ansiedad y/o depresión, la calidad del sueño y la calidad de vida, mediante los instrumentos escala HADS, cuestionario PSQI y cuestionario QLQc30 versión 3.0, respectivamente. Se estableció un nivel de significancia alfa de 0,05 y se utilizó la prueba estadística de la  $\chi^2$ .

**Resultados:** La terapia multimodal mostró una mejoría en la fatiga del 64 al 80% (EVA de menos de 4 a un mes de tratamiento) en relación con la terapia unimodal.

**Conclusiones:** Este estudio muestra un avance significativo en el manejo de este síntoma en el entorno de cuidados paliativos. Se acepta la hipótesis alterna, concluyéndose el beneficio de un plan de tratamiento integral (farmacológico y no farmacológico) sobre un plan terapéutico exclusivamente farmacológico (dexametasona).

**Palabras Clave:** fatiga oncológica, dexametasona, terapia multimodal.

### **O16. Prescripción de Corsé Ortopédico como Alternativa a Estabilización Quirúrgica en Pacientes con Cáncer Avanzado y Metástasis Ósea Vertebral. Una Experiencia Local**

*Ritter P, Fernández R, Berna L, Auad H, Orellana ME.*

*Hospital del Salvador de Santiago (HDS). Santiago. Chile.*

**Introducción:** En Hospital del Salvador de Santiago no existe el acceso a estabilización quirúrgica a enfermos con cáncer avanzado y metástasis de columna vertebral e inestabilidad de columna. Por ello, se prescribe órtesis tóraco lumbo sacra (TLSO) a ese grupo de enfermos, para prevención de lesión medular y apoyo en alivio del dolor. En el presente estudio se analizan resultados en relación a alivio de síntomas con uso del dispositivo. Se incluyó, para efectos de este estudio, la existencia de infiltración por mieloma múltiple como metástasis vertebral.

**Objetivos:** Caracterización demográfica y clínica de grupo que recibió indicación de TLSO. Analizar resultados de estabilización de columna y de alivio del dolor en este grupo de enfermos.

**Metodología:** Se trata de estudio descriptivo-retrospectivo Se realizó revisión de listado de órdenes de compra a empresas privadas externas a hospital por TLSO y de registros clínicos internos de 26 enfermos atendidos en Unidad Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (AD y CP) de HDS, entre los años 2011 al 2014, que recibieron prescripción por la misma médico fisiatra tratante. Posteriormente, fue confeccionada una planilla Excel, el análisis estadístico fue a través de programa SPSS, mediante el cálculo de promedio, frecuencia y p value mediante paired t test.

**Resultados:** El grupo que recibió prescripción de corsé TLSO para estabilizar columna vertebral por metástasis ósea y cáncer avanzado, tuvo en promedio 59 años, cerca del 70% de sexo femenino, con presencia de algún grado de lesión medular no discapacitado al momento de indicación del 19%, sobre el 70% tuvo fractura vertebral concomitante y recibió radioterapia paliativa. El 46% sigue vivo a la fecha actual, y ningún enfermo presentó paraplejía completa como complicación neurológica. Dentro de los diagnósticos más frecuentes estuvo mieloma múltiple, cáncer de mama, cáncer gástrico y melanoma maligno, en ese orden decreciente de frecuencia. En cuanto a alivio de intensidad del dolor, hubo diferencia estadísticamente significativa a favor del dispositivo, sin mediar modificación en analgesia farmacológica, al comparar el antes y después de iniciado su uso. No se dispone registro de tiempo de duración del efecto en alivio del dolor como tampoco impacto en calidad de vida.

**Conclusiones:** Caracterización de grupo analizado es esperable para población portadora de cáncer avanzado y metástasis ósea vertebral. La prescripción de órtesis vertebral tipo TLSO pudiera ser una alternativa accesible para prevenir una lesión medular y ayudar en alivio del dolor, cuando no se cuenta con el recurso quirúrgico para estabilización de columna en sistema público de salud. En nuestra Unidad se requieren registros que incluyan el impacto de intervenciones como ésta en la calidad de vida y de la funcionalidad, así como satisfacción del usuario, además de mayor número de sujetos en grupo analizado.

**Palabras Clave:** corsé, metástasis, columna.

#### O17. Implementación y Evaluación de un Servicio de Atención Farmacéutica Dirigido a Pacientes de la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador.

Mayol JU, Plaza JC, Quiroz P, Fernández R.  
Pontificia Universidad Católica. Hospital del Salvador.  
Santiago. Chile.

**Introducción:** El cáncer se proyecta como uno de los principales males de la actualidad, atacando a 15 millones de personas cada año y cobrando aproximadamente 8 millones de vidas anualmente. Cerca de 22 millones de individuos cursan actualmente con esta enfermedad, siendo una gran parte de ellos enfermos crónicos incurables, lo que ha motivado el desarrollo de los Cuidados Paliativos como una disciplina fundamental en el ámbito sanitario, práctica que opera como un sistema de apoyo interdisciplinario para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, y apoyar a la familia en la enfermedad del paciente y durante el duelo. El carácter progresivo de esta patología y la gran variedad de síntomas presentes en este tipo de pacientes, entre los que destaca el dolor como uno de los principales, hace necesaria la especialización de los equipos de salud dedicados al cuidado de estos enfermos, cumpliendo cada integrante un rol fundamental, siendo el Químico-Farmacéutico el responsable directo de la terapia farmacológica del paciente, la cual es la piedra angular en el alivio de síntomas de los pacientes que se encuentran en etapas avanzadas de cáncer.

**Objetivos:** Implementar y evaluar un Servicio de Atención Farmacéutica dirigido a los pacientes ingresados a la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador.

**Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo cuasi-experimental con diseño pre-post test, y descriptivo de pacientes ambulatorios ingresados a la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador durante los meses de mayo y junio del 2013, quienes fueron derivados vía Comité Oncológico del Hospital, dado el estado avanzado del tumor con que cursaban. A través de sucesivas entrevistas presenciales y telefónicas, el alumno tesista realizó Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico, usando como referencia la Metodología Dáder, con el fin de detectar y resolver los Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) que presentaran los pacientes, los cuales se procuraron solucionar mediante intervenciones farmacéuticas, caracterizando el tipo de intervención, significancia de estas en términos de resultados, interlocutor a quien iba dirigida y grado de aceptación por parte de los médicos tratantes.

**Resultados:** 26 pacientes fueron incluidos en el estudio, de los cuales el 53,8% fueron de sexo masculino. El 69,2% de los pacientes tenía menos de 65 años de edad al momento de ingresar, con una edad promedio de  $61,6 \pm 9,7$  años. Durante el periodo de seguimiento fueron detectados 124 RNM, lo que conllevó a la realización de 91 intervenciones farmacéuticas, de las cuales un 53,9% fueron realizadas a los médicos tratantes, logrando un 89,8% de aceptación. El 63,8% de las intervenciones estuvieron destinadas a mejorar la efectividad de la terapia, mientras que el resto fueron dirigidas a disminuir la toxicidad. Un 80,3% de las intervenciones terapéuticas generó resultados significativos o muy significativos en términos de mejora del estado de salud del paciente, siendo apenas un 5,5% aquéllas que terminaron en resultados negativos o inapropiados. Las intervenciones fueron mayoritariamente del tipo Indicación (38,5%) y Posología (33,0%). Al evaluar la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico, se obtuvo un promedio de 80,9% de respuestas más altas entre todos los ítems, y un 100% de aprobación para la continuación del servicio de atención farmacoterapéutica.

**Conclusiones:** El Químico Farmacéutico en una Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos logra detectar y resolver RNM a través de intervenciones, logrando mejoras en los resultados relativos a la terapia farmacológica del paciente, con un alto grado de aceptación por parte del equipo médico, lo que repercute en un aumento de la satisfacción del usuario con respecto al servicio entregado.

**Palabras Clave:** atención farmacéutica, cuidados paliativos, seguimiento farmacoterapéutico.

#### O18. Implementación de un Programa de Rotación de Cuidados Paliativos en Residentes de Medicina Interna, Oncología, Geriátrica, Hematología, Medicina Familiar e Internos

Maldonado A, Jaña C, Villouta M, Barros J, Pérez P.  
Red de Salud UC CHRISTUS. Santiago. Chile.

**Introducción:** ante la necesidad de formación en cuidados paliativos, se diseña un programa de rotación de 4 semanas para residentes e internos, con el equipo de medicina paliativa UC.

**Objetivos:** Implementar un programa de rotación teórico-práctica de 4 semanas para residentes e internos con el equipo de medicina paliativa UC. Evaluar el rendimiento académico durante la rotación.

**Metodología:** rotación teórico-práctica en el Programa de Medicina Paliativa, con actividades hospitalarias, ambulatorias, domiciliarias y hospicios. Se evalúa con prueba diagnóstica al inicio y prueba sumativa al final de rotación.

**Resultados:** en un periodo de 3 años, (2012 a 2014), son 37 residentes y 19 internos de séptimo año que realizan la rotación, con promedio de nota diagnóstica de 3,1. La nota promedio al final de la rotación fue 6,3

**Conclusiones:** la implementación de un programa teórico-práctico en cuidados paliativos permite mejorar los conocimientos teórico-prácticos en cuidados paliativos.

**Palabras Clave:** cuidados paliativos, educación, residentes.

### **O19. Registro del Dolor como Quinto Signo Vital en un Hospital de Alta Complejidad de Santiago**

*Allende JI, Quilodrán J.*

*Universidad de Chile. Sede Oriente. Santiago. Chile.*

**Introducción:** En 1999 se adoptó el registro EVA como quinto signo vital en EE.UU., con intención de generar conciencia sobre el tratamiento apropiado del dolor en el personal de la salud. Esta medida fue rápidamente adoptada por varios servicios de salud en Chile e incluso el propio Ministerio, situación que continúa hasta el día de hoy.

**Objetivos:** Evaluar el registro de dolor como quinto signo vital y sus diferencias de registro, según indicación de analgesia o servicio clínico.

**Metodología:** Se obtuvo información de los registros de enfermería de los servicios clínicos de un hospital de alta complejidad de Santiago. Se registraron en forma anónima los signos vitales, incluyendo la EVA. Los datos se registraron de forma anónima, consignando servicio médico tratante, existencia del dato de EVA e indicación de analgesia. Estos datos contemplan el universo completo de pacientes. Las diferencias en el registro de EVA entre los pacientes con analgesia o sin ella y entre los servicios se analizaron con la prueba de chi cuadrado, con significancia de p.

**Resultados:** De 287 pacientes hospitalizados, el 52% contaba con registro EVA. Un total de 189 pacientes tenía indicación de analgesia, de los cuales un 68% tenía registro EVA. De los pacientes hospitalizados en servicio de Medicina, un 15,1% mostraba registro, mientras que en Cirugía un 100% tenía este dato en su ficha. En el caso de UPC, un 37,5% contaba con registro. Existe una diferencia significativa entre el registro de EVA según indicación de analgesia y según el servicio de hospitalización.

**Conclusiones:** El registro presenta gran variación, determinado por servicio en el cual se ubique el paciente. Se puede atribuir esta diferencia al personal de enfermería y la mayor frecuencia de dolor en servicios quirúrgicos. Sin embargo, debe plantearse la necesidad de realizar el registro completo en todos los servicios, para así evaluar la utilidad y alivio proporcionado a los pacientes por esta medida, siendo el registro del quinto signo vital una realidad con escaso cumplimiento en el centro evaluado.

**Palabras Clave:** quinto signo vital, analgesia, registro.

### **O20. Cambio del Carácter de Dolor en Pacientes Oncológicos Terminales Ingresados a un Programa de Cuidados Paliativos**

*Günther G, Troncoso P, Pedemonte MJ.*

*Hospital Regional Rancagua. Chile.*

**Introducción:** El paciente oncológico, una vez diagnosticado en etapa terminal, se ve enfrentado a múltiples condiciones adversas, no sólo las relacionadas con el ámbito médico en sí, sino que también a aquellas que se relacionan con la esfera psicológica y social; lo que repercute directamente en la percepción del dolor y por ende en la calidad de vida. En este tipo de pacientes, el dolor puede ocurrir tanto por la progresión del cáncer o por los tratamientos utilizados durante éste, por lo que los mecanismos que lo desencadenan son múltiples, complejos y concomitantes. Es por esto que el tratamiento del dolor oncológico requiere de un abordaje multidisciplinario e integral, lo que implica asumir el concepto acuñado por Saunders de "Dolor total".

A pesar de la existencia de programas a nivel mundial para abordar este problema, existen cifras que hablan de un manejo inadecuado del dolor en un 10 a 30% de los pacientes con cáncer avanzado.

Conocer cómo se comporta en el tiempo el dolor oncológico en el paciente terminal es una herramienta a considerar para la selección de un tratamiento adecuado del dolor oncológico, pero existe una escasez de información respecto a este tema en la literatura.

**Objetivos:** Principal: determinar la existencia de cambio en el tipo de dolor descrito por los pacientes ingresados en el programa de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Regional Rancagua.

Secundario: Analizar el cambio de forma diferenciada para el dolor de carácter nociceptivo versus el dolor neuropático probable.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Criterios de inclusión: paciente oncológico en etapa terminal, estar ingresado en la Unidad del Dolor, tener al menos dos controles con médico. Criterio de exclusión: tiempo menor o igual a 3 meses entre el primer y último control médico.

Variable principal: presencia de cambio en el tipo de dolor entre el primer y último control.

Variables secundarias: periodo de tiempo en que se evidencia el cambio (tiempo de latencia de cambio).

**Resultados:** De un total de 103 pacientes, hubo 20 (19,4%) que presentaron un cambio en el carácter del dolor. El tiempo de latencia para la aparición de dicho cambio osciló, como mínimo, en 6 meses y máximo en 90 meses. Tiempo de latencia de cambio promedio correspondió a 22,2 meses. De los pacientes que en el primer control presentaron dolor nociceptivo (60 pacientes, correspondiente al 58,3% del total), 17 evolucionan a dolor de tipo mixto en un periodo de 18,6 meses promedio versus los que presentaron dolor neuropático (4 pacientes, 3,9%), 3 evolucionaron a dolor de tipo mixto en un periodo de 42,3 meses en promedio.

**Conclusiones:** Un quinto de los pacientes oncológicos terminales evaluados en la Unidad presentó cambios en el tipo de dolor, en un promedio aproximado de 22,2 meses.

**Palabras Clave:** dolor oncológico, dolor mixto, cuidados paliativos.

### **O21. Programa Nacional de Cáncer de Mama. Análisis Histórico con Enfoque Political Economy. 1995 - 2011**

Saldías MA.

*Académico. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile.*

**Introducción:** En el mundo, el cáncer de mama es el de mayor prevalencia entre las mujeres. Es responsable de la muerte de 7,4 millones de personas cada año, siendo predominante en la población femenina en edades maduras. En Chile, el cáncer de mama mantiene la tendencia mundial, posicionándose como causa primaria de mortalidad por tumores malignos en mujeres, representada por una tasa de mortalidad de entre 13 y 15 por 100.000 mujeres entre los años 1995 y 2011, evidenciando que “su mortalidad ha ido aumentando en forma progresiva durante la última década”. Este problema de salud pública de profundo impacto en la población nacional, representa un foco de atención, desde el punto de vista de los factores influyentes en las tasas de mortalidad en ascenso de esta patología.

**Objetivos:** Realizar un análisis histórico del Programa de Cáncer de Mama en Chile desde su creación hasta el año 1995 y hasta 2011, desde una perspectiva de actores principales de atención primaria, secundaria y ministerial; de modo de identificar factores predominantes insertos en el proceso de implementación del programa a nivel nacional que pudiesen influir en las tasas de mortalidad por esta causa.

**Metodología:** Estudio cualitativo-exploratorio, con análisis cuantitativo-descriptivo de medidas de variabilidad en el tiempo de tasas de mortalidad nacionales y regionales; que utilizará como metodología de trabajo el estudio de caso y opinión de actores expertos que circundan el proceso de implementación de esta política pública, utilizando el enfoque teórico de Political Economy. Técnica de recolección por medio de una entrevista semiestructurada. Los datos fueron examinados según análisis de contenido y matrices de análisis, obteniendo unidades de significado, agrupadas en categorías de significado. Aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Diego Portales, aplicando Consentimiento Informado.

**Resultados:** Se establecieron dos categorías de análisis relacionadas con Características del Programa y Evaluación de su Implementación. Ambas, analizadas desde la perspectiva del rol cumplido, las dificultades en la puesta en práctica y desafíos para el futuro. Los actores expertos abordados destacan que en la etapa de implementación de esta política pública, los procesos operativos (productivos), el control estratégico y las capacidades organizacionales de la red sanitaria de nuestro país no se han desarrollado efectivamente, lo que es evidenciado en los altos porcentajes de incidencia, prevalencia y mortalidad de esta patología. El análisis cuantitativo-descriptivo de las tasas de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 15 años y más, refleja variabilidad mínima en el contexto nacional y amplias variaciones en regiones extremas del país, con uniformidad de dinámica en la zona central del país.

**Conclusiones:** En Chile se mantienen importantes desafíos por vencer en materia de manejo de cáncer de mama. En el periodo de tiempo comprendido entre 1997 y 2011, la implementación del Programa de Cáncer de Mama en Chile y las estrategias de tratamiento declaradas en las Guías de

Manejo de Cáncer de Mama de los años 2005 y 2010 no han logrado reducir las tasas de mortalidad en la población femenina desde los 15 años de edad. Lamentablemente, los datos ofrecidos por los sitios oficiales, no proporcionan datos completos que permitan identificar con objetividad variables influyentes en los indicadores de mortalidad de la patología en la población beneficiaria de las prestaciones GES, limitando el desarrollo de trabajos de investigación.

**Palabras Clave:** cáncer de mama Chile, mortalidad por cáncer de mama, implementación programa de cáncer mama.

### **O22. Utilización de Escalas de Intensidad de dolor por Profesional de Enfermería en Cuidados Paliativos.**

Parra D (1), Carmona X (2), Alfaro M (3).

(1) *Profesor Asistente. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile*

(2) *Grupo de Dolor y Cuidado Paliativos del Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín. Colombia.*

(3) *Coordinadora del Programa de Cuidados Paliativos. Oncosalud. Lima. Perú.*

**Introducción:** A nivel mundial, el dolor es un problema prioritario. En el año 2001 The Joint Commission establece el dolor como quinto signo vital, siendo la Escala Visual Análoga (EVA) el instrumento más utilizado.

**Objetivos:** Describir el nivel de utilización de escalas de evaluación de intensidad de dolor y las intervenciones realizadas por el profesional de Enfermería.

**Metodología:** Cuantitativo, descriptivo. Escenario el VII Congreso CCPP 2014 Colombia, población de 56 profesionales de Enfermería, muestra por conveniencia 48 personas, nivel de confianza 95% e intervalo de confianza 5,4. Encuesta auto-aplicada diseñada por equipo y revisada por expertos. Se contó con autorización de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, aplicando consentimiento informado.

**Resultados:** 98% femenino, edad promedio 43 años, 41,7% nacionalidad colombiana y 12,5% chilena; 8,4 años promedio de experiencia en Cuidados Paliativos, 35,4% trabajan en Dolor y/o CCPP y 83,3% posee capacitación en esta área. Un 95,8% conoce escalas de medición intensidad Dolor, un 95,8% conoce EVA y la aplica el 71,7%. En cuanto a las intervenciones de Enfermería, se prioriza la administración de medicamentos independiente de la intensidad de Dolor; en un 52% en Dolor Leve, un 52% en Dolor Moderado y un 41,7% en Dolor Severo. Respecto al tiempo de espera para reevaluar el Dolor después de administrar un medicamento, un 47,2% reevalúa de 15 a 20 minutos si la medicación es venosa o subcutánea, un 21,1% de 30 a 45 minutos si la medicación es oral y un 10,4% a las dos horas después de administrado el medicamento.

**Conclusiones:** La presente investigación permitió describir tanto la utilización de las escalas de dolor como las intervenciones de Enfermeras. Sin embargo, estos hallazgos demuestran la necesidad de capacitación en las intervenciones de enfermería, definiéndolas desde la profesión misma y no solamente desde el cuidado delegado desde el profesional médico.

**Palabras Clave:** dimensión de dolor, enfermería, manejo del dolor.

## Experiencias

### E1. Aplicación del Modelo de Enfermería Primary Nursing en Clínica Familia

*Cruz J, Mejías G, Lazcano A, Muñoz I, Castro M, Parra I. Clínica Familia. Santiago. Chile.*

**Introducción:** Los modelos de enfermería se aplican para facilitar la práctica en el área clínica, proveen de guías generales con un enfoque basado en conceptos propuestos por el modelo elegido y en el proceso de atención de enfermería. A continuación, se describe la experiencia de aplicar el modelo de enfermería Primary Nursing o “enfermera de cabecera”, creado por Marie Manthey, en el equipo de enfermeras de la Clínica Familia, con el fin de proveer un cuidado avanzado de enfermería.

**Objetivos:** Poder brindar cuidados avanzados de enfermería en unidades de cuidados paliativos.

Organizar la asistencia en las dimensiones de la persona, para prevenir su muerte con dolor espiritual y/o psíquico y/o físico. Prevenir el burn out del equipo.

**Metodología:** Se aplican acciones de enfermería en los cuatro pilares centrales de este modelo:

1) Responsabilidad: La Enfermera se hace responsable del cuidado integral de los pacientes que le va tocando ingresar en cada turno. 2) Método de caso: La Enfermera organiza y coordina los cuidados determinados al ingreso y temas pendientes que surjan del Encuentro Educativo Familiar. 3) Comunicación: La Enfermera es la interlocutora de sus pacientes hacia el resto del equipo de salud y su familia. 4) Continuidad: Independiente de los turnos, es la Enfermera de cabecera la que vela por el cumplimiento de tareas y compromisos de cuidado, familiares o del equipo, desde el ingreso hasta el fallecimiento.

**Resultados:** Este modelo propone cuidados de enfermería centrados en el paciente, a través de una relación interpersonal y humana, mientras la Enfermera se empodera de su rol.

**Conclusiones:** Esta experiencia ha servido para optimizar la relación de ayuda enfermera-paciente-familia y equipo de salud. Esta experiencia ha servido para organizar la carga de trabajo de enfermería y para disminuir el cansancio psíquico de las enfermeras.

**Palabras Clave:** cuidado avanzado, primary nursing, cuidados paliativos.

### E2. Unidad de Dolor Agudo Hospital El Carmen: Análisis Retrospectivo de la Experiencia del Primer Año

*Basten I, González L, Yáñez G. Hospital El Carmen. Santiago. Chile.*

**Introducción:** La Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio del Servicio de Anestesia del Hospital El Carmen comenzó a funcionar en octubre de 2014, durante los primeros doce meses de funcionamiento se atendieron 347 pacientes postoperados.

**Objetivos:** Analizar las características de la población atendida, las cirugías a las que fue sometida y técnicas analgésicas empleadas. Analizar los resultados obtenidos

respecto a control del dolor postoperatorio e incidencia de complicaciones secundarias a la analgesia.

**Metodología:** Análisis retrospectivo de datos. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes postoperados ingresados a la Unidad de Dolor Agudo entre septiembre de 2014 y agosto de 2015.

**Resultados:** Se estudiaron 347 pacientes, 214 mujeres (61,7%), 133 hombres (38,3%), edades entre 8 y 95 años (edad promedio: 59 años). El 91% de los pacientes recibieron analgesia peridural, el 9% de los enfermos recibió PCA Morfina EV. Los pacientes se mantuvieron en la unidad un promedio de 2,47 días. Las cirugías a las que se sometieron con mayor frecuencia fueron: digestiva (35%), traumatológica (27%) y urológica (16%). La evaluación del dolor se realizó utilizando la Escala Verbal Numérica, la intensidad del dolor en reposo promedio fue de 1,6, la puntuación de dolor dinámico promedio fue de 2,9. Un 10,9% de los pacientes presentaron dolor de reposo promedio  $> 0 = a 4$  (promedio 4,8) y un 5,4% presentó dolor dinámico promedio  $> 0 = a 7$  (promedio: 7,6). La incidencia global de complicaciones fue de 16%, siendo la más frecuente el bloqueo motor (12,3%), no hubo complicaciones graves.

**Conclusiones:** La población estudiada en su mayoría es mayor a 50 años, de sexo femenino, sometidos a cirugía digestiva y traumatológica, recibieron analgesia peridural continua, logrando buen control del dolor, sin complicaciones graves atribuibles a la técnica analgésica.

**Palabras Clave:** dolor agudo, retrospectivo, analgesia.

## Casos Clínicos

### CC1. Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Pacientes VIH+ con Complicaciones Respiratorias Severas, a Propósito de un Caso Clínico

*Fres M, Espinoza J, Quilodrán J. Universidad de Chile. Santiago. Chile.*

**Introducción:** Existe gran controversia acerca del tratamiento intensivo que se le puede ofrecer a un paciente VIH+ con complicaciones pulmonares severas. Se analiza el caso de un paciente VIH+, con cuadro clínico compatible con neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, con limitación de esfuerzo terapéutico durante tratamiento de su cuadro.

**Caso Clínico:** Paciente de 37 años ingresa a urgencia por cuadro de dos semanas caracterizado por coriza, tos productiva, compromiso del estado general, fiebre y disnea, en regulares condiciones, desaturando y con signología congestiva pulmonar. Se hospitaliza con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda en contexto de neumonía atípica. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, cotrimoxazol forte, hidrocortisona y oseltamivir, y se solicita serología para VIH que resulta positiva. Al tercer día de evolución, por mala mecánica ventilatoria, ingresa a unidad de intermedio con requerimientos de VMNI. Presenta nueva alza febril y elevación de parámetros inflamatorios

con falla ventilatoria a pesar de VMNI continua. Se discute eventual ingreso a UCI el día octavo de hospitalización, pero dado pronóstico ominoso a corto plazo secundario a su falla ventilatoria en contexto de inmunosupresión severa, se desestima manejo con VMI estableciéndose intermedio y VMNI como techo terapéutico. El paciente fallece al noveno día de hospitalización.

**Conclusiones:** Muchas antiguas revisiones describen una escasa sobrevida en pacientes VIH+ con complicaciones pulmonares severas admitidos en UCI. En contraposición, la evidencia actual plantea cifras mucho más optimistas que reabren el debate acerca del tratamiento intensivo de estos pacientes, considerando en especial las nuevas terapias antiretrovirales.

### **CC2. Instalación de Marcapasos en Pacientes con Cáncer Avanzado, a Propósito de un Caso**

*Allende JI, Quilodrán J.*

*Hospital del Salvador. Santiago. Chile.*

**Introducción:** El uso de marcapasos se asocia a un alivio inmediato de la sintomatología relacionada a trastornos del ritmo sintomático (síncope), con un beneficio en sobrevida total. Sin embargo, presentan un gran costo para los servicios públicos.

**Caso Clínico:** Paciente sexo femenino, 88 años, con antecedentes de insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida no isquémica y cáncer de mama avanzado en terapia paliativa, sin controles hace un año, ingresa a urgencia con IC descompensada y antecedente de dos episodios de síncope el día del ingreso. Se objetiva un bloqueo AV de segundo grado, con respuesta ventricular de 39 lpm. Se trasladada a UPC instalándose sonda marcapaso transitoria (SMPT), que demuestra total dependencia de estimulación de marcapaso. Se discute instalación de marcapaso, dado mal pronóstico oncológico de la paciente y mala adherencia a controles. Ante dependencia a estimulación por SMPT y hospitalización prolongada en caso de no instalar MP, por severa dependencia funcional, se decide instalación de marcapaso definitivo, siendo dada de alta deambulando, sin disnea ni síncope.

**Conclusiones:** La resolución inmediata de los episodios sincopales y el alivio de los síntomas decidió la instalación de marcapasos en la paciente, a pesar de su mal pronóstico, considerándose la mejoría significativa en su calidad de vida. La literatura considera su instalación en casos de pacientes que puedan recuperar cierto grado de independencia en actividades de la vida diaria y desaconsejándolos en pacientes postrados. Además, se deben considerar las directrices para eventual necesidad de desactivación en el futuro.

### **CC3. Estudio Coronariográfico en Pacientes con Cáncer Avanzado, A Propósito de un Caso**

*Allende JI, Quilodrán J.*

*Hospital del Salvador. Santiago. Chile.*

**Introducción:** La limitación de estudios y procedimientos invasivos en pacientes con cáncer avanzado en contexto de síndromes coronarios agudos puede tener repercusión en

evolución y sobrevida inmediata de los pacientes, por lo que se revisa el tema en virtud de un caso clínico.

**Caso Clínico:** Paliativo con hormonoterapia hace 5 años. Consulta en urgencias por cuadro de diarrea profusa, además de signos de sepsis. Destacaba al laboratorio anemia (Hb 7,19 gr/dl), PCR elevada, y leve elevación de biomarcadores (CK 396 mg/dl, CKMB 594 mg/dl y Troponina I 0,14 ug/ml), sin alteraciones del segmento ST. Manejado inicialmente con volumen, drogas vasoactivas y tratamiento antibiótico. Se ingresa a UPC donde evoluciona de manera favorable, persistiendo con elevación de biomarcadores cardíacos (Troponina I 5,49), diagnosticándose un IAM tipo 2, en contexto de cuadro séptico e hipovolemia. Se discute el caso y se decide no realizar estudio coronariográfico invasivo e indicar terapia médica.

**Conclusiones:** Se ha documentado en pacientes con cáncer menor uso de terapia farmacológica como beta-bloqueadores y estatinas. La terapia de reperfusión puede considerarse en algunos pacientes con cáncer en relación de su sobrevida (no habría diferencia en muerte por causa cardíaca al año entre pacientes con cáncer y sin cáncer). Sin embargo, en pacientes con cáncer avanzado (comparado con pacientes con cáncer localizado) no habría beneficio de terapia de revascularización invasiva ni estatinas, pero sí beneficio de betabloqueadores y aspirina.

### **CC4. Utilizando el Enfoque Integrativo Multidimensional e Intervenciones Mente-Cuerpo en el Manejo del Dolor Crónico en una Adulta Mayor. Aportes de la Psicoterapia en el Manejo del Dolor Crónico en la Tercera Edad. A Propósito de un Caso Clínico**

*Cornejo JP, Barros P.*

*Unidad de Dolor HCUCH. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile.*

**Introducción:** El Dolor crónico (DC) es frecuente en los adultos mayores (AM). Causa importante morbilidad psiquiátrica y médica. El Manejo del DC en AM es difícil y requiere un enfoque multidimensional. Objetivo: Describir el enfoque de manejo multidimensional e intervenciones mente cuerpo en mujer AM con DC e importante comorbilidad psicológica, enfatizando el rol de la psicoterapia multidimensional.

**Caso Clínico:** Mujer de 74 años, con antecedentes de depresión mayor recurrente, sin intentos suicidas, HTA sistólica leve, trastorno de la marcha, neuralgia trigeminal atípica, artrosis múltiple y dolor músculo-esquelético difuso patrón fibromialgia; en tratamiento psicofarmacológico hace tres años con dos antidepresivos duales, AINES, dos antineurálgicos y opioides débiles, con respuesta discreta a dosis máximas toleradas. Autovalencia evaluada con EMPAM, índice de Barthel y escala Pfeifer. Derivada a psiquiatría para manejo coadyuvante del dolor. Se realiza evaluación psiquiátrica multi-axial, y se inicia proceso de psicoterapia con enfoque integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo; recibiendo psicoeducación, intervenciones cognitivo-conductuales-relacionales, intervenciones psicodramáticas, psico-corporales, imaginaria y mindfulness, con una frecuencia cada 15 días por 1 año. Se evaluó mejoría del dolor y funcionalidad con escala visuo-analógica, BPI,

escala de funcionalidad de Sheehan, PHQ 9 y escala de Beck para depresión, ansiedad y fatiga, TAS20 para alexitimia y escala OPD2, incluido módulo corporal para evaluar conflictos relacionales, funcionamiento interpersonal e integración de este funcionamiento con la corporeidad. Se construyeron focos de trabajo multidimensionales.

A la evaluación presenta cuadro depresivo moderado con angustia generalizada, síndrome de dolor de sensibilización central patrón fibromialgia con importante disfuncionalidad en actividades de la vida diaria, personalidad con funcionamiento relacional en relación a dependencia-autonomía, necesidad de cuidado-autonomía y necesidad de sobrecontrol-pérdida del control, importante alexitimia evidenciada en represión de la vivencia emocional, arroja al cuerpo sus emociones displacenteras y corporalidad medianamente disociada. No hay deterioro cognitivo importante. Disfuncionalidad moderada a severa en la vida social, familiar y actividades productivas. EVA dolor 7-8/10 en gran parte del tiempo, disminuyendo 5-6/10 tras administración de medicación de rescate. Fatiga intensa gran parte de los días de la semana EVA de fatiga 6/10. En 4 sesiones el dolor ha disminuido en un 40%, y sintomatología ansiosa en un 50%, se alcanza remisión total depresiva a los 5 meses de tratamiento, llegando a eutimia, a los 6 meses el dolor ha disminuido en 75% del basal y funcionalidad mejora en un 50%. La fatiga ha disminuido en un 50% estando presente en no más de dos días a la semana y sin repercusión importante en la funcionalidad, presenta EVA fatiga 2/10. A los 12 meses mantiene remisión ansiosa-depresiva, mejora funcionalidad en un 80%, y dolor crónico estable en 20-25%, EVA 2-3/10 sin gran repercusión en la funcionalidad diaria. Alexitimia disminuye 50%. Mejora comprensión de síntomas y expresión emocional, identifica factores relacionales gatillantes. Logra un mejor manejo de las emociones disfuncionales y genera estrategias del manejo corporal de éstas. Disminuye dosis de analgésicos, y opiodes débiles sólo son utilizados de rescate, se elimina un antineurálgico y un antidepresivo, con ello mejora equilibrio y marcha. A los 18 meses mantiene remisión y logros.

**Conclusiones:** Las intervenciones psicoterapéuticas multidimensionales con foco en DC utilizando conjuntamente intervenciones mente-cuerpo podrían jugar un rol importante en el manejo en AM con dolor crónico que se encuentren aptos para recibir psicoterapia.

#### **CC5. Neuropatía Trigeminal Dolorosa Debido a una Lesión Ocupante de Espacios**

*Marcenaro A, Díaz A, Casassus R, Díaz C.  
Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile.*

**Introducción:** La Neuropatía trigeminal dolorosa debido a una lesión ocupante de espacios se describe como un dolor de cabeza y/o facial unilateral en la distribución del nervio trigémino, con características de neuralgia clásica del trigémino, ocasionado por contacto entre la rama afectada y una lesión ocupante de espacio.

**Caso Clínico:** Paciente de género femenino, de iniciales N.C. de 56 años, acude a la clínica de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad

del Desarrollo en abril de 2015, con un dolor de tipo eléctrico, continuo, con irradiación al oído en zona mandibular derecha hace más de 7 meses, con una intensidad mínima de 5/10 y máxima de 8/10, un promedio de 7/10 en la Escala Visual Análoga.

Síntomas acompañantes: Hipoestesia de labio inferior y la piel de la zona Mentoniana, relata que se muere frecuentemente; mareos, otalgia y plenitud ótica. Antecedentes relevantes: Exodoncia de molares mandibulares del mismo lado en abril de 2014. Tratamientos pasados: septiembre de 2014: Stress (Sertralina, Clorzoxazona-paracetamol), octubre de 2014: Neuralgia Trigeminal (Carbamazepina, Tramadol, Pregabalina), ambos sin efectos sobre el dolor.

Se solicita CB-CT para estudio de mandíbula: extensa lesión radiolúcida de límites poco claros, involucra el cuerpo y la rama mandibular y compromete las corticales del Nervio Dentario inferior. Hipótesis Diagnóstica: Osteomielitis. Se deriva a Servicio de Diagnóstico para estudio histológico por biopsia: infiltrado inflamatorio crónico con presencia de un tejido conjuntivo fibroso. Diagnóstico Histopatológico: Osteomielitis crónica.

Diagnóstico Clínico: Neuropatía Traumática Dolorosa, debido a una lesión ocupante de espacios.

**Conclusiones:** La Osteomielitis en mandíbula puede presentarse aguda o crónica (primaria o secundaria); la primera presenta fase aguda: linfadenopatía, fiebre, movilidad dentaria; la presentación crónica cursa con menos sintomatología, se observan secuestros óseo, afectación de la mucosa y/o fistulas asociadas a dolor intermitente; aunque lo anterior contrasta con la presentación en esta paciente que no cursó con fase aguda, ni afectación de la mucosa y/o fistula, ambas presentaciones pueden causar parestesia de la rama mandibular trigeminal. La hipoestesia del territorio del nervio mentoniano puede ser el resultado de una compresión por una lesión benigna, infección o inflamación local, pero también es un signo de lesiones malignas y/o sistémicas.

#### **CC6. Manifestación de Espondilitis Anquilosante en ATM: Reporte y Manejo de un Caso**

*Manresa MJ, Casassus R, Díaz C.  
Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile.*

**Introducción:** La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad autoinmune reumática crónica, que se manifiesta con dolor y rigidez progresiva de las articulaciones, principalmente en columna vertebral, aunque puede presentarse en otras como caderas, hombros y rodillas. Su manifestación en ATM varía entre un 4 - 35% (según estudios consultados).

**Caso Clínico:** Paciente género masculino de 27 años, acude a la clínica de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad del Desarrollo, en junio de 2015, consultando por dolor preauricular lado izquierdo, de tipo opresivo, exacerbado al abrir la boca, continuo pero variable en intensidad, máximo de 7 sobre 10 y mínimo de 3 sobre 10. Inicio hace 1 mes con aparición de crepito articular. Apertura máxima confortable 32mm con deflexión a la izquierda. Antecedentes sistémicos: año 2003 diagnosticado con Espondilitis Anquilosante, tratado con

agentes biológicos. Año 2012 diagnosticado con Linfoma No Hodgkin, tratado con quimioterapia y radioterapia. Suspenden tratamiento con agentes biológicos. Año 2014 recibe prótesis de reemplazo en ambas caderas. Actualmente, controla enfermedad con Metotrexato, Celecoxib y Paracetamol. Fisioterapia permanente. Conebeam ATM: Alteraciones estructurales degenerativas avanzadas en ambos cóndilos compatibles con osteoartritis bilateral. Diagnóstico: Espondilitis anquilosante con manifestación en ambas ATMs. Tratamiento: ortopédico y farmacológico. Primera etapa: infiltración con Betametasona). Segunda etapa: infiltración con Hialuronato de Sodio. Controles: 1 mes: alivio de sintomatología; dolor máximo de 0 sobre 10 y mejora rangos de movimiento, 41 mm en apertura. 2 meses: reactivación de la enfermedad a nivel sistémico, inflamación de manos y rodillas. Dolor en ATM máximo de 3 sobre 10 y rango de movimiento 39mm en apertura.

**Conclusiones:** Las manifestaciones en ATM de EA, según la bibliografía, son variables y no afectan a todos los pacientes con este diagnóstico. La ausencia de características clínicas específicas y la pobre estandarización de criterios clínicos y radiográficos en ATM, lo hace aún más difícil de determinar. Las manifestaciones en ATM de EA son raras pero requieren ser pesquisadas a tiempo. El tratamiento oportuno parece tener buenos resultados y mejoras en la calidad de vida. La creación de protocolos de diagnóstico y tratamiento específico para EA y otras enfermedades del tipo reumatoideas.

### **CC7. Osteoartritis Bilateral en Paciente con Historia de Listeriosis**

*Bustos C, Díaz C, Casassús R.*

*Facultad de Medicina. Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile.*

**Introducción:** La listeriosis es una infección debida a la bacteria *Listeria monocytogenes*. La listeria puede comprometer diversos órganos, teniendo particular predilección por el sistema nervioso central. Es así que la presentación más frecuente sea una meningitis. Pero también han sido descritos casos de meningoencefalitis, romboencefalitis, abscesos cerebrales, endocarditis, osteomielitis, artritis, pleuritis y peritonitis. En pacientes inmunocompetentes se puede manifestar como una gastroenteritis aguda febril.

**Caso Clínico:** Paciente género femenino de 61 años, consulta en la clínica de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo en agosto de 2015 por dolor en zona preauricular bilateral de 7 años de evolución, de intensidad moderada (EVA promedio 6/10). Antecedentes sistémicos: En enero de 2008 sufre Listeriosis, tuvo un cuadro clínico prodrómico, caracterizado por cefalea, náuseas, vómitos, compromiso del estado general y sensación febril que duró una semana, a lo que se sumaron síntomas y signos de compromiso del tronco cerebral caracterizados por compromiso unilateral de los pares craneanos. Examen físico: Se observa dolor a la función mandibular (dolor en apertura, apriete, lateralidades derecha e izquierda) y crépito en ATM derecha (en apertura, protrusión y lateralidades derecha e izquierda). Apertura

máxima de 25 mm con dolor. Efectos del dolor: medido a través de entrevista y de los siguientes cuestionarios: En escala PEG se obtienen 10 puntos

En la escala graduada de dolor crónico se obtienen 70 puntos en intensidad del dolor y 76 puntos por invalidez. En escala HADS se obtiene: significativamente ansioso y significativamente deprimido.

En SF-36 se obtiene: 40% de Funcionamiento físico, 25% de Limitación por salud física, 0% de Limitación por salud emocional, 20% Energía/Fatiga, 24% Bienestar emocional, 0% de Funcionamiento social, 23% de Dolor y 15% de Salud general. Imágenes: Solicitamos RNM y CTCB de ambas articulaciones, donde se pudo observar alteraciones estructurales degenerativas avanzadas en ambos cóndilos y en los tejidos blandos adyacentes. Diagnóstico: Osteoartritis de ATM bilateral. Tratamiento: Se realiza educación respecto al diagnóstico y Programa de autorregulación física. Para tratar la inflamación se confecciona e instala una férula pivotante bilateral en el maxilar y se indica su uso por 10 horas diarias, se indica el uso de Meloxicam 15 mg y dieta líquida junto a reposo mandibular por 3 semanas. Para tratar la osteoartritis se indica el uso de condroitin sulfato y glucosamina por 6 meses y terapia de viscosuplementación (infiltración de cada ATM). Evolución: Luego de 2 meses de evolución desde la primera consulta, la paciente relata disminución en el EVA y del crépito, se observan mejoras de los parámetros clínicos. En cada sesión recibe psicoterapia por parte de la psicóloga del equipo para tratar las consecuencias del dolor crónico en su calidad de vida.

**Conclusiones:** La listeriosis es una de las enfermedades de transmisión alimentaria que provoca mayor número de muertes en el mundo. Las secuelas funcionales de tipo neurológico provocadas por la listeriosis se pueden confundir con algunos de los síntomas de la osteoartritis, como en el caso de esta paciente. Para poder llegar a un diagnóstico correcto fue necesario un examen físico exhaustivo y complementarlo con exámenes de imágenes. Gracias a eso, se pudo realizar el tratamiento farmacológico y no farmacológico para contribuir a mejorar la calidad de vida de esta paciente.